Kurzvortrag zum Thema „Hilfe zur Pflege“ für die Sitzung des Ausschuss für Schule und Soziales (ASS) am 06.03.2013

Entsprechend des siebten Kapitels des SGB XII, welches die Hilfe zur Pflege beinhaltet, ist Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, Hilfe zur Pflege zu leisten.

Die Bearbeitung der Anträge auf Hilfe zur Pflege erfolgt im Sachgebiet 3 des Amtes für Soziales, welches außer für die Hilfe zur Pflege auch für die Eingliederungshilfe zuständig ist.

Die Hilfe zur Pflege umfasst häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und stationäre Pflege. (Weitere Ausführungen sh. § 61 SGB XII). Die genauere Ausgestaltung der Hilfe zur Pflege ergibt sich aus den §§ 61 bis einschl. 66 des SGB XII. Entsprechend dem Hessischen Ausführungsgesetz zum zwölften Sozialgesetzbuch (§ 2 Abs. 1 Ziffer 2 HAG/SGB XII) ist der örtliche Sozialhilfeträger, mit Beginn des Kalendermonats, der auf die Vollendung des 65 Lebensjahres folgt, für die stationäre Hilfe zur Pflege zuständig. Außerdem ist er für die Personen zuständig die ambulante Pflege benötigen, sofern diese Personen nicht in einer Einrichtung zur stationären Betreuung oder teilstationären Betreuung oder in einer betreuten Wohnmöglichkeit für behinderte Menschen untergebracht sind.

Sowohl bei der ambulanten Pflege wie auch bei der stationären Pflege ist über die letzten Jahre ein kontinuierlicher Anstieg der Antragstellungen und somit auch der Leistungsberechtigten zu verzeichnen. In der ambulanten Pflege leisteten wir im Jahr 2006 im Durchschnitt für 133 Personen Sozialhilfe, im Jahr 2012 bereits für 253 Personen. Bei der Hilfe zur Pflege waren im Jahr 2006 im Durchschnitt 449 Personen leistungsberechtigt im Jahr 2012 bereits 649 Personen.

Für die Hilfe zur Pflege sind z.Zt. insgesamt 7 Sachbearbeiter tätig, mit einem Stellenanteil von 5,33 Stellen. Pro Sachbearbeiter sind im Durchschnitt 169 Fälle zu bearbeiten. Nicht zu unterschätzen sind bei der Bearbeitung auch die Fälle, in denen wegen vorhandenen Vermögen und/oder Schenkungsrückforderungsansprüchen eine Ablehnung erfolgt. Nicht unerheblich ist auch der ständige Bestandswechsel durch die hohen Zugangszahlen, gegenüber der niedrigeren Zahl an Fällen die bedauerlicherweise beendet werden.

Bei der Hilfe zur Pflege richtet sich der Umfang der erforderlichen Leistungen unter anderem nach der im Einzelfall festgestellten Pflegestufe (I, II, und III). In der stationären Pflege gibt es auch nach In der Pflegestufe III zusätzlich die Bewertung als Härtefall, mit höheren Leistungen. In der Regel sind die meisten Antragsteller Mitglied einer Pflegeversicherung und daher erfolgt die Überprüfung der Pflegebedürftigkeit, auf Antrag, durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK). Dieser legt im Rahmen seiner Überprüfung die Pflegestufe fest. Bisher bestand bei der Pflegekasse kein Leistungsanspruch, wenn zwar ein Bedarf an Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität und an hauswirtschaftlicher Versorgung gegeben war, dieser aber nicht das

Ausmaß der erheblichen Pflegebedürftigkeit erreichte (Pflegestufe I). Die Voraussetzungen für die jeweilige Pflegestufe sind in § 15 „Stufen der Pflegebedürftigkeit“ SGB XI geregelt.

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen, hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen (§ 15 Abs. 3 SGB XI).

Mit der Einführung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes besteht jedoch (§ 123 PNG), für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, auch ohne Pflegestufe (im Prinzip Pflegestufe 0) ein Anspruch auf Leistungen der Pflegekasse. Darüber hinaus wurden auch für die Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Leistungen in den Pflegestufen I, II und III verbessert.

Da sich die Leistungen der Sozialhilfe nach der Besonderheit des Einzelfalls richtet, insbesondere nach der Art des Bedarfs und der örtlichen Verhältnisse. (§ 9 SGB XII), ist hier bei der Entscheidung über den Umfang der Hilfe zur Pflege und der dadurch entstehenden Kosten, nicht wie bei Leistungen der Pflegeversicherung, eine starre Festlegung von Leistungsbeträgen nicht möglich. Daher besteht im Rahmen der Sozialhilfe auch die Leistung von Hilfen, die nicht von der Pflegekasse übernommen werden oder von solchen, die die pauschalierten Hilfen der Pflegekasse übersteigen.

Für die Ermittlung des benötigten Leistungsumfangs der ambulanten Hilfen erfolgt die Zusammenarbeit mit unserem Gesundheitsamt. Bei Antragstellern, die kein Mitglied einer Pflegeversicherung sind, erfolgt auch die Festlegung einer Pflegestufe durch die Begutachtung des Gesundheitsamtes.

(evt. Weitere Informationen über die Leistungen der Pflegekasse sh. Anlage)

Bei der ambulanten Pflege werden Anträge gestellt, die sich z.B. auf folgende Hilfen beziehen:

- Pflegegeld
- Pflegesachleistungen, in Form von Grundpflege und hauswirtschaftlichen Hilfen durch Pflegedienste
- Pflegehilfsmittel, wie z.B. Pflegebetten, Hausnotruf, Inkontinenzhilfsmittel
- Angemessene Aufwendungen für die Pflegeperson (z.B. Fahrtkosten, Kosten für Pflegebekleidung, Reinigungskosten)
- Angemessene Beihilfen für die Pflegeperson, pauschale Abgeltung von Aufwendungen (so genanntes kleines Pflegegeld)
- Angemessene Alterssicherung für die Pflegeperson
- Kostenschuss für die Versorgung mit „Essen auf Rädern“
- Kostenzuschuss/-übernahme für die Beschäftigung von besonderen Pflegekräften und Hilfskräften im Rahmen des Arbeitgebermodells (Festanstellung, Minijob) bzw. persönlichen Budgets

Die anerkannten ambulanten Pflegedienste haben mit den Verbänden der Pflegekasse und den Sozialhilfeträgern Vergütungsvereinbarungen abgeschlossen, nach denen die Abrechnung der einzelnen Leistungskomplexe erfolgt (nach Punktwerten, z.B. Leistungskomplex kleine Körperpflege, Grundkomplex 260 Punkte x vereinbarten Punktwert = Preis, sh. auch Anlage).

Bei der stationären Pflege ist kein individueller Hilfebedarf zu ermitteln. Der Bedarf und die hierfür entstehenden Kosten richten sich nach der Pflegestufe des Hilfesuchenden. Die Pflegeheime haben für die jeweiligen Tagessätze - die sich aus dem Pflegegesetz, den Kosten für Unterkunft und Verpflegung, dem Ausbildungszuschlag und den Investitionskosten zusammensetzen - Vergütungsvereinbarungen mit den Verbänden der Pflegekasse und den Sozialhilfeträgern abgeschlossen.

Während die Leistungen der Pflegekasse unabhängig von Einkommen und Vermögen geleistet werden, sind die Leistungen im Rahmen der Sozialhilfe von dem Einkommen und Vermögen des Leistungsberechtigten abhängig (§ 19 Abs. 3 SGB XII). Außerdem sind Leistungen der Pflegekasse auch anzurechnen (§ 66 Leistungskonkurrenz SGB XII).

Insbesondere bei den Anträgen auf stationäre Pflege ist die Einkommens- und Vermögensüberprüfung sehr aufwendig, da in vielen Fällen Vermögen, wie z.B. Haus- und Grundbesitz, eine Kapitalversicherungen usw. vorhanden ist. Oft wurde auch innerhalb der 10-Jahresfrist (§ 529 BGB) Vermögen verschenkt (gemischte Schenkung) und es besteht nach § 528 BGB der Anspruch auf Schenkungsrückforderung wegen Verarmung des Schenkers. Dabei entstehen häufig Streitigkeiten über den Entsprechenden Vermögenseinsatz, über die Höhe des Schonvermögens usw.

Bei manchen Fallkonstellationen muss trotz vorhandenen Vermögens, welches sich unter Umständen nicht in einer angemessenen Zeit, wie bei einer Eigentumswohnung, in finanzielle Mittel umwandeln lässt, das Sozialamt in Vorlage treten und die Hilfe darlehnsweise übernehmen. Auch aus verfahrenstechnischen Gründen ist es teilweise geboten, statt einer Ablehnung, wegen bestehender Forderungen gegenüber Dritten, die Hilfe zu gewähren und Forderungen auf uns überzuleiten.

Außerdem ist nach dem Ableben der Leistungsberechtigten immer der Kostenersatz durch Erben nach § 102 SGB XII zu prüfen, da z.B. ein vorhandenes und angemessenes Einfamilienhaus, welches zum Zeitpunkt der Hilfestellung noch von dem Ehepartner des Leistungsberechtigten (Eigentümer) bewohnt wurde und daher nach § 90 Abs. 2 Ziffer 8 SGB XII zum Schonvermögen zählte, nach dem Ableben zum Nachlass zählt und der Erbe mit dem Wert des zum Zeitpunkt des Erbfalles vorhandenen Nachlass haftet, somit auch mit dem gesamten Wert des ggf. erbten Hauses.

Leistungen der Pflegekasse

Pflegegeld		
Stufe I	Stufe II	Stufe III
235,00 €	440,00 €	700,00 €

Pflegegeld für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz			
Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III
120,00	305,00 €	525,00 €	700,00 €

Pflegesachleistungen		
Stufe I	Stufe II	Stufe III
450,00 €	1.100,00 €	1.550,00 €

Pflegesachleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz			
Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III
225,00	665,00 €	1.250,00 €	700,00 €

Vollstationäre Pflege			
Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe III + Härtefall
1.023,00	1.279,00 €	1.550,00 €	1.918,00 €

Verhinderungspflege

Bei Verhinderung der Pflegeperson (z.B. wegen Krankheit, Urlaub) übernimmt die Pflegekasse Aufwendungen für Pflegeleistungen für max. 4 Wochen im Kalenderjahr. Die Aufwendungen für Pflegeleistungen werden dann bis zu einem Betrag von 1.550,00 € vergütet.

Teilstationäre Pflege

Teilstationäre Pflege in Form von Tages- oder Nachtpflege füllt die Lücke zwischen der ambulanten Pflege, die nicht mehr ausreicht und der noch nicht notwendigen stationären Pflege in einem Pflegeheim. Die Pflegekasse trägt die Kosten bis zu folgenden Höchstbeträgen:

Stufe I	Stufe II	Stufe III
450,00 €	1.100,00 €	1.550,00 €

Kurzzeitpflege

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht ein Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Die Pflegekasse übernimmt dabei für max. vier Woche im Jahr einen Höchstbetrag von max. 1550,00 €

Beispiel für einen Leistungskomplex der ambulanten Pflege

1.Körperpflege

Leistungskomplex 1 Kleine Körperpflege

Grundkomplex:
• An-/Auskleiden
• Teilwaschen einschließlich Transfer zu Waschgelegenheit und zurück bzw. Transfer der Waschutensilien zum Patienten.
• Mund-/ Zahnpflege
260 Punkte

Wählbare Leistungen:	
• Hilfen beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes	40 Punkte
• Kämmen und/oder Rasieren	50 Punkte
• Einfache Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen / Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel	50 Punkte

Punktzahl: 400 Punkte für alle Leistungen

Der Leistungskomplex 1 setzt sich aus dem Grundkomplex und drei Walleistungen zusammen. Der Grundkomplex des LK 1 ist nicht abwählbar.

An-/Auskleiden einschließlich der Auswahl der Kleidung, An-/Ausziehen von Stütz-strümpfen, sowie An- und Ablegen von Körperersatzstücken.

Teilwaschen umfaßt in der Regel das Waschen des Gesichtes, Oberkörpers und/ oder Genitalbereich / Gesäß.

Das Machen und Richten des Bettes ist Bestandteil der Verrichtung.

Mund- und Zahnpflege einschließlich der Lippenpflege, Pflege der Zahnprothese und Mundhygiene.